INTERDPARTMENTAL POLICYAND PROCEDURE				
IPP Version 2	POLICYNUMBER:	**BGH-PT-015**	APPLIESTO:	**PHYSIOTHERAPY DEPARTMENT STAFF**
	TITLE: **MANAGEMENT OF STROKE (I 63.9)** **علاج السكتة الدماغية**			
	DATE OF ISSUE:	DUE FOR REVIEW:	EFFECTIVE DATE:	NUMBER OF PAGES:
	01 JAN 2020	01 JAN 2023	15 JAN 2020	١ من ١٢

1- PURPOSE:	الغرض من السياسة
. To provide the directions and guidance for the physiotherapist to do the management in appropriate way.	**لتوفير التوجيهات والارشادات لأخصائي العلاج الطبيعي لتطبيق العلاج بالطريقة المناسبة**

2. DEFINITIONS	التعاريف
TERMS DEFINITIONS Stroke It is an acute disturbance of cerebral function of cerebrovascular origin causing dysfunction lasting more than 24 hours or death. It is also called cerebrovascular accident or for short CVA. Stroke is a medical emergency. Anyone suspected of having a stroke should be taken immediately to a medical facility for diagnosis and treatment.	**شروط التعاريف** **السكتة الدماغية: هي اضطراب حاد في الاوعية الدماغية ويسبب خلل لوظيفة الدماغ ويستمر لأكثر من ٢٤ ساعة أو وفاة. ويسمى أيضا حادث الأوعية الدماغية.** **السكتة الدماغية هي حالة طبية طارئة. يجب نقل أي شخص يشتبه في إصابته بجلطة دماغية إلى منشأة طبية على الفور للتشخيص والعلاج.**

3. RESPONSIBILITIES	المسؤولية
All Physiotherapy Staff	**جميع موظفي العلاج الطبيعي**

4. Policy
It is the policy of physiotherapy department of Beish General Hospital to give the stroke patient the appropriate assessment and management to reach the maximum benefit to regain the normal activity of daily living of the patient as much as possible. **تنص سياسة قسم العلاج الطبيعي في مستشفى بيش العام على إعطاء مرضى السكتة الدماغية التقييم و العلاج المناسبين للوصول إلى أقصى فائدة لاستعادة النشاط الطبيعي للحياة اليومية للمريض قدر الإمكان**

5. Procedure	الإجراءات

5. CLINICAL PRESENTATION

Presentation will vary depending on the side of severity of lesion, degree and distribution of spasticity, the type and .extent of sensory impairment

5.1.1 A patient with stroke may present with the following clinical signs and symptoms according to the site, severity and extent of the lesion: loss of consciousness, aphasia and/or dysarthria, one-side paralysis/weakness, hypo/hyper reflexes, hypo/hyper tonicity, hypoesthesia and/or deep sensory loss. Association of upper motor neuron facial paralysis in the .same side of paralysis

5.1 : CAUSES

5.1.1 A stroke can be thrombotic or hemorrhagic

5.2 :CLINICAL DIAGNOSIS

5.2.1 A full and thorough clinical history of the :patient is taken and it includes

Personal data: age, sex and occupation

5.2.1.2 History of present illness in detail

٥ – الاعراض السريري

تختلف الاعراض و تعتمد على جانب شدة الضرر ودرجة انتشار التشنج ونوع ومدى الضعف الحسي.

٥,١,١ – قد يعاني المريض المصاب بالسكتة الدماغية من الأعراض السريرية التالية وفقًا لموقعه وشدته ومداه الضرر : فقدان الوعي ، فقدان القدرة على الكلام و خلل الحركة شلل او ضعف من جانب واحد ، ردود فعل ناقصة او مفرطة النشاط ، قصور او فرط التوتر العضلي ، نقص إفرازات أو فقدان الحواس العميق. و شلل الوجه العصبي الحركي العلوي في نفس الجانب من الشلل.

٥,١ الأسباب :

٥,١,١ السكتة الدماغية يمكن أن تكون تخثرية أو نزفية.

٥,٢ التشخيص السريري:

٥,٢,١ يتم أخذ تاريخ سريري كامل وشامل للمريض ويشمل:

٥,٢,١,١ البيانات الشخصية: العمر والجنس والمهنة

٥,٢,١,٢ تاريخ المرض الحالي بالتفصيل

5.2.1.3 Past medical and surgical history: history of hypertension, diabetes mellitus and heart disease and/or .previous surgical operations 5.2.1.4 Social history: Occupation, impact on lifestyle, prior ability level. 5.2.2 A comprehensive and complete physiotherapy examination for the patient is conducted by the therapist .to evaluate and assess 5.2.3 After completing the history and physical exam, the following radiological images should be done: plain x-rays, computed tomography and magnetic resonance (imaging (if available	٥,٢,١,٣ التاريخ الطبي والجراحي الماضي: تاريخ ارتفاع ضغط الدم و داء السكري وأمراض القلب و العمليات الجراحية السابقة. ٥,٢,١,٤ التاريخ الاجتماعي: المهنه ، التأثير على نمط الحياة ، مستوى القدرة السابقة. ٥,٢,٢ يتم إجراء فحص علاج طبيعي شامل وكامل للمريض من قبل المعالج للكشف والتقييم. ٥,٢,٣ بعد الانتهاء من التاريخ والفحص البدني ، ينبغي القيام بالصور الإشعاعية التالية: الأشعة السينية العادية ، التصوير المقطعي والتصوير بالرنين المغناطيسي (إن وجد)
Evaluation and Assessment	الكشف والتقييم
That includes all subjective and objective data are collected 5.2.4.1 Conscious level Glasgow Coma Scale (Eye, verbal and 5.2.4.2 (motor 5.2.4.4 (Orientation (Place, person and time 5.2.4.4 Communication (Speech, vision and hearing	يتضمن جميع البيانات الشخصية والموضوعية التي يتم جمعها . ٥,٢,٤,١ مستوى الوعي ٥,٢,٤,٢ مقياس غلاسكو (العين ، اللفظي والحركي) ٥,٢,٤,٣ الاتجاه (المكان والشخص والزمن) ٥,٢,٤,٤ التواصل (الكلام والرؤية والسمع)

5.2.4.5 General appearance and body awareness	**٥,٢,٤,٥ المظهر العام والوعي الجسدي**
5.2.4.6 Neurological examination	**٥,٢,٤,٦ الفحص العصبي**
5.2.4.7 Sensations: Light touch, Sharp/dull, and Proprioception	**٥,٢,٤,٧ الأحاسيس: لمسة خفيفة ، حاد / غير واضح و عميقة**
5.2.4.8 Reflexes: hypo/hyper reflexes	**٥,٢,٤,٨ ردود الافعال: ناقصة / مفرطة**
5.2.4.9 Muscle tone: hypo/hyper tonicity	**٥,٢,٤,٩ تشنج العضلات: قصور / فرط التوتر**
5.2.4.11 Muscle strength	**٥,٢,٤,١١ قوة العضلات**
5.2.4.12 Range of motion	**٥,٢,٤,١٢ المدى الحركي**
5.2.4.13 (Coordination (pattern of movement	**٥,٢,٤,١٣ التنسيق (نمط الحركة)**
5.2.4.14 (Posture (sitting and standing balanced	**٥,٢,٤,١٤ الوضعية (الجلوس والوقوف متوازنة)**
5.2.4.15 Mobility: **bed mobility (rolling to right and left sides,** **supine ↔ sitting,** **sitting↔standing** **wheelchair ↔ bed**	**٥,٢,٤,١٥ التنقل:** **تنقل السرير (الالتفاف على الجانبين الأيمن والأيسر)،** **– من الاستلقاء على الظهر الى الجلوس** **– من الجلوس الى الوقوف** **– من الكرسي المتحرك الى السرير)**

5.2.4.16 Gait: pattern, distance, device and assistance (mild, medium, maximum),	٥,٢,٤,١٦ المشي : النمط والمسافة والجهاز والمساعدة (خفيفة ، متوسطة ، كحد أقصى) ،
5.2.5 Re-evaluate a patient on a weekly and deviation basis	٥,٢,٥ والانحراف إعادة تقييم المريض على أساس أسبوعي.
5.2.6 Rehabilitation Management of Stroke	**٥,٢,٦ إعادة تأهيل السكتة الدماغية**
5.2.6.1 Should be started after indication of rehabilitation treatment (stabilization of the neurological .status of the patient).	٥,٢,٦,١ يجب أن تبدأ بالعلاج و إعادة التأهيل بعد علامات (استقرار الحالة العصبية للمريض).
5.2.6.2 Objectives	٥,٢,٦,٢ الأهداف:
5.2.6.2.1 Maximize total functional ability of the patient	٥,٢,٦,٢,١ استقرار الحالة العصبية للمريض.
5.2.6.2.2 Promote maximum independence	٥,٢,٦,٢,٢ تعزيز أقصى قدر من الاستقلالية .
5.2.6.2.3 Assist patient with management of home situation and provision of necessary equipment	٥,٢,٦,٢,٣ مساعدة المريض على إدارة الوضع المنزلي وتوفير المعدات اللازمة.
5.2.6.2.4 Educate patient's family on the treatment program and risk factors	٥,٢,٦,٢,٤ تثقيف أسرة المريض على برنامج العلاج وعوامل الخطر.
5.2.6.2.5 Investigate home situation and coordinate discharge planning with other disciplines .involved	٥,٢,٦,٢,٥ التحقق من الوضع في المنزل و التنسيق مع التخصصات الأخرى المعنية في وضع خطة الخروج.

5.3 TREATMENT TECHNIQUES OF ACUTE STROKE	**٥,٣ طرق علاج السكتة الدماغية الحادة**
5.3.1 :General care	**٥,٣,١ الرعاية العامة:**
5.3.1.1 Care of respiration	**٥,٣,١,١ رعاية التنفس**
5.3.1.2 Care of the heart	**٥,٣,١,٢ رعاية القلب**
5.3.1.3 Care of body nutrition and fluid balance	**٥,٣,١,٣ رعاية تغذية الجسم وتوازن السوائل**
5.3.1.4 Care of bladder	**٥,٣,١,٤ رعاية المثانة**
5.3.1.5 Care of sleep	**٥,٣,١,٥ العناية بالنوم**
5.3.1.6 Care of skin	**٥,٣,١,٦ العناية بالبشرة**
5.3.1.7 Prevention of bed sores	**٥,٣,١,٧ الوقاية من التقرحات السريرية**
5.3.1.8 Frequent change of posture every 2 to 3 hours .during the first 3 days	**٥,٣,١,٨ التعديل المتكرر في الوضع كل ساعتين إلى ٣ ساعات خلال الأيام الثلاثة الأولى.**
5.3.2 : Physiotherapy treatment	**٥,٣,٢ العلاج الطبيعي**
5.3.2.1 Positioning in bed. Can prevent the development of unwanted spasticity. The shoulder should be protracted and the pelvis should be kept forward	**٥,٣,٢,١ تحديد الوضع في السرير. يمكن أن تمنع تطور التشنج الغير مرغوب فيه. يجب أن يمتد الكتف ويجب أن يبقى مفصل الحوض ممتد للأمام.**
5.3.2.2 Passive, active assistive and active range of motion to upper and lower extremities	**٥,٣,٢,٢ اداء التمارين السلبيه و التمارين بمساعدة المعالج و التمارين لزيادة المدى الحركي للأطراف العلوية والسفلية.**

5.3.2.3 Provide proprioceptive neuromuscular facilitation exercises to increase strength and control of lower extremities, trunk and upper extremities for gait and transfer	**٥,٣,٢,٣ عمل تمارين لتحفيز الخلايا العصبية العضلية لزيادة القوة والسيطرة على الأطراف السفلية و العلوية والجذع لتحسين المشي و التنقل.**
5.3.2.4 Training toward independent function, including: rolling, coming to sit, wheelchair transfer and coming to standing position	**٥,٣,٢,٤ التدريب نحو الاستقلالية ، بما في ذلك: التدحرج ، الجلوس ، التنقل على الكرسي المتحرك ووضع الوقوف.**
5.3.2.5 Increase the patient's awareness of the affected side from the first days of stroke by bringing the affected arm and leg in contact with the normal parts of the body	**٥,٣,٢,٥ زيادة وعي المريض بالجانب المصاب من الأيام الأولى من الجلطة الدماغية عن طريق جعل الذراع والساق السليمة داعمة في تحريك الجزء المصاب من الجسم .**
5.3.2.6 Head control: the re-learning of symmetrical righting reactions of head and trunk are .important	**٥,٣,٢,٦ التحكم في الرأس : تعد إعادة تعلم ردود الافعال الصحيحة المتناظرة للرأس والجذع مهمة.**
5.4 TREATMENT TECHNIQUES OF POST-ACUTE STROKE	**٥,٤ تقنيات المعالجة للسكتة الدماغية الحادة**
5.4.1 Establish functional sitting balanced and progress to elicitation of equilibrium reactions on both sides of trunk to attain functional trunk control for sit to .stand transfer	**٥,٤,١ البدأ في تعليم الجلوس و التوازن والتقدم المحرز في ردود الفعل و التوازن على جانبي الجذع لتحقيق السيطرة على الجذع و التنقل بين الجلوس و الوقوف.**
5.4.2 As spasticity is usually present almost in all cases of hemiplegia at varying degrees and it can be a cause of inhibiting normal movement patterns, so it should be controlled and reduced by different means which includes , stretching, positioning, splints, .proprioceptive neuromuscular facilitation and drugs	**٥,٤,٢ نظرًا لوجود التشنج عادةً في جميع حالات الشلل النصفي تقريبًا وبدرجات متفاوتة ويمكن أن يكون سببًا لتثبيط أنماط الحركة الطبيعية ، لذلك يجب التحكم فيه وتقليله بوسائل مختلفة مثل الاطالة و الوضعية و الجبائر ، و التحفيز العصبي العضلي والعقاقير.**



5.4.3 Progress to sit to stand activities by establishing the patient's ability to bring weight forward over the feet, extending first at the knees then at the hips to achieve symmetrical independent sit to stand transfers .	**٥,٤,٣ التحول من الجلوس للوقوف وعمل الأنشطة من خلال تحديد قدرة المريض على رفع الأثقال إلى الأمام على القدمين و تحفيز التوازن الوظيفي الثابت ، يجب على المريض الحفاظ على نمط تحمل الوزن دون تراجع الحوض لخلق التماثل اللازم للمرحلة و الوضع المناسب.**
5.4.4 Establish functional static standing balance, the patient must maintain an even weight bearing pattern without pelvic retraction to establish necessary symmetry .for proper stance phase **Begin weight shifting activities in standing and .initiate side to side weight shifting**	**٥,٤,٤ البدء في وظيفة الوقوف المتزن الثابت يجب أن يحافظ المريض على تحمل الوزن متساوٍ دون تراجع الحوض لعمل التناسق الضروري لمرحلة الوقوف المناسبة.** **ابدأ بنقل الوزن أثناء الوقوف و نقل الوزن من جانب إلى آخر .**
5.4.6 Progress to placing affected leg ahead by practicing movement forward and backward, into and out of swing phase initiation to establish symmetrical swing .and stance phases	**٥,٤,٦ التقدم و وضع الساق المصابة للأمام من خلال تأدية التحرك للأمام والخلف ، اثناء مرحلة التأرجح وخارجها لبدأ مرحلة الوقوف المتماثل.**
5.4.7 Begin gait in parallel bars, emphasize forward motion of patient's tibia over foot at mid-stance to increase stability of stance phase to establish a normal .gait pattern as possible	**٥,٤,٧ ابدأ المشي في جهاز القضبان المتوازية ، ركز على الحركة الأمامية لساق المريض تكون القدم في المنتصف لزيادة الثبات في مرحلة الوقوف و لإقامة المشي طبيعي قدر الإمكان.**
5.4.8 Progress to gait with quad cane or hemi-walker if available without an exaggerated weight shift to either side during stance to establish maximal level of stability in gait	**٥,٤,٨ التقدم للمشي مع عصا رباعية الارجل أو (مشاية – هيمي) إذا كان ذلك متاحًا دون تغيير مبالغ فيه في الوزن إلى أي من الجانبين خلال الموقف لإقامة أقصى مستوى من الاستقرار في المشي .**

5.4.9 Establish household or community ambulatory status, teach ambulation on uneven surfaces, curbs and stairs (at least 6 inches) to attain independent gait.	**٥,٤,٩ تهيئة الحالة للمشي في المنزل وخارجة ، وتعليمه المشي على الأسطح غير المستوية ، والارصفه والسلالم (على الأقل ٦ بوصات) للحصول على مشية مستقلة ،**
5.4.10 Instruct patient in getting down, to and up from the floor, if patient is unable to be independent with this skill, instruct the patient in crawl and drag technique for self-help.	**٥,٤,١٠ اطلب من المريض الجلوس ، والوقوف من الأرض ، إذا كان المريض غير قادر على أن يكون مستقلاً بهذه المهارة ، فقم بتعليم المريض على تقنية الزحف و السحب للحصول على المساعدة الذاتية.**
5.5 PRECAUTIONS DURING TREATMENT	**٥,٥ الاحتياطات أثناء العلاج**
5.5.1 Support upper extremity in the event of shoulder subluxation during standing and gait activities.	**٥,٥,١ دعم الطرف العلوي في حالة خلع الكتف أثناء الوقوف و المشي.**
5.5.2 Support patient as needed and take care to maintain good alignment with stance and gait to avoid unnecessary increase in tone.	**٥,٥,٢ دعم المريض حسب الحاجة والحرص على الحفاظ على التوافق الجيد مع الموقف و المشي لتجنب الزيادة غير الضرورية في التشنج العضلي.**
5.5.3 Guard patient well if poor safety judgment is evident.	**٥,٥,٣ حذر المريض جيداً إذا كان تقدير السلامة غير جيدة بوضوح.**
5.5.4 Uncontrolled movement must be assisted and made smooth and easy and excess effort leads to increased spasticity	**٥,٥,٤ يجب مساعدة الحركة غير الارادية وجعل الحركة سلسة و سهلة لان الجهد الزائد يؤدي إلى زيادة التشنج.**
5.5.5 Correct weight transfer and balance in sitting and standing must be achieved before ambulation is attempted.	**٥,٥,٥ يجب تحقيق التنقل الصحيح للوزن والتوازن في الجلوس والوقوف قبل محاولة المشي .**

5.6 EQUIPMENT	**٥,٦ المعدات (الاجهزه)**
5.6.1 Equipment needs will vary among patients. Generally a patient will need a wheelchair and ambulation aid as appropriate.	**٥,٦,١ سوف تختلف احتياجات المعدات بين المرضى. عمومًا ، سيحتاج المريض إلى كرسي متحرك ومساعدته في التنفس حسب الاقتضاء.**
5.6.2The patient who is not making a progress with gait may want to consider using a wheelchair	**٥,٦,٢ قد يرغب المريض الذي لا يحقق تقدمًا في المشي في التفكير في استخدام كرسي متحرك.**
5.6.3 Foot orthosis (caliper) to stabilize the foot may be needed, if it becomes apparent that the foot requires stabilization.	**٥,٦,٣ قد يكون هناك حاجة إلى مستلزمات طبيه لتثبيت العظام (بمثبت القدم) ، إذا أصبح واضحًا و أن القدم تتطلب التثبيت .**
5.6.4 Arm sling: putting the arm in a sling to avoid traction on the shoulder capsule and pain, but it affects balance reactions by affecting the gait pattern; it increases inattention and reinforces the spastic pattern of flexion.	**٥,٦,٤ مثبت الذراع: وضع الذراع في حامل اليد لتجنب الضغط على كبسولة الكتف و زيادة الألم ، لكنه يؤثر على ردود الفعل للتوازن عن طريق التأثير على نمط المشي ؛ لأنه يزيد من عدم الاهتمام ويعزز النمط التشنجي للانثناء.**
5.6.5 It is inadvisable to use a stick or quadruped stick for balance and walk to avoid reliance on the stick and asymmetry of posture and walk.	**٥,٦,٥ من غير المستحسن استخدام عصا أو عصا رباعية لتحقيق التوازن والمشي لتجنب الاعتماد على العصا وعدم تناسق الوضع والمشي.**
5.7 PATIENT AND FAMILY RESPONSIBILITY5	**٥,٧ مسؤولية المريض والأسرة**
Patient and family should be independent with a home program of range of motion exercises of pelvic, and upper and lower extremities and strengthening exercise prior to discharge.	**يجب أن يكون المريض والأسرة مستقلين عن طريق برنامج منزلي يضم مجموعة من التمارين الحركية و تمارين التقوية للأطراف العلوية والسفلية قبل الخروج.**

5.8. If the patient is still dependent on a wheelchair to any degree, assess the patient's independence with wheelchair and ability to instruct .others in its use **FOLLOW UP PLAN AND REFERRAL** **5.9.1 Coordinate discharge plan, equipment acquisition, and referrals with other members of the rehabilitation team, occupational and speech therapist, psychologist and social workers for resettlement into the ..community**	**٥,٨. إذا كان المريض لا يزال يعتمد على الكرسي المتحرك إلى أي درجة ، فقم بتقييم استقلال المريض من خلال الكرسي المتحرك والقدرة على توجيه الآخرين لاستخدامه** **متابعة الخطة والإحالة** **٥,٩,١ تنسيق خطة الخروج و الحصول على المستلزمات اللازمه ، وإحالتة الى أعضاء آخرين في فريق إعادة التأهيل من أخصائي العلاج الوظيفي واخصائي علاج النطق و أخصائي نفسي وأخصائي اجتماعي لإعادة وضعهم في المجتمع**

6. MATERIALS, EQUIPMENT & FORMS	المواد والمعدات والنماذج
Physiotherapy Evaluation Form (F-85)	**نموذج تقييم العلاج الطبيعي**



INTERDPARTMENTAL POLICYAND PROCEDURE				
IPP Version 2	POLICYNUMBER:	BGH-PT-015	APPLIESTO:	PHYSIOTHERAPY DEPARTMENT STAFF
	TITLE: **MANAGEMENT OF STROKE (I 63.9)** علاج السكتة الدماغية			
	DATE OF ISSUE:	DUE FOR REVIEW:	EFFECTIVE DATE:	NUMBER OF PAGES:
	01 JAN 2020	01 JAN 2023	15 JAN 2020	١٢ من ١٢

7. REFERENCES	المراجع
1- Ministry of Health Standards 2- CBAHI Standard Guidelines, 2016	1. معايير وزارة الصحة 2. معايير سباهي

APPROVAL الاعتماد

APPROVAL	NAMES	POSITION	SIGNATUER	DATE
Prepared by	Mr. Yahya Hudess	Quality & Patient safety coordinator	[signature]	2-12-2019
Review by	Mr. Ramzi Mohsen Moraya	Physio Therapy And Rehabiliation ,Supervisor	[signature]	5-12-2019
	Dr. Nahid Yahya	Head of Medical Department	[signature]	5-12-2019
Concurred By	Dr. Amit Tyagi	Policy and Procedure Committee Chairman	[signature]	25-12-2019
	Specialist/ Moosa Moharag	Quality & Patient Safety Director	[signature]	25-12-2019
Approved By	Dr. Rami Abu Aishah	Medical Director	[signature]	1-1-2020
	Mr. Essa Abdulla Jafari	Hospital Director	[signature]	1-1-2020